

# カイロプラクティック賠償責任保険(1億円型)申込書

## Chiropractic Professional Indemnity Insurance Application Form

郵送先に必ずチェックを入れて治療院（オフィス）が複数ある場合は全て記入してください。

If you work in more than one office, please write all office names and locations. Please select a mailing address in order to receive an insurance card.

カイロプラクティック賠償責任保険（1億円型）申込書		
申請日 Date	年 月 日 （保険期間 ~2023年11月30日） / / (DD/MM/YYYY)	
氏 名 Name	(フリガナ)	Mailing Address <input type="checkbox"/> Home  <input type="checkbox"/> Office (1・2)
生 年 月 日 D O B	年 月 日 生 / / (DD/MM/YYYY)	
自 宅 住 所 Home Address	(フリガナ)	
	〒 -  電話番号 Tel	
携帯番号 Mobile		
E-mail		
治療院 (オフィス) 住 所 Office Address (1)	治療院 名称 Office Name	
	(フリガナ)	
	〒 -  電話番号 Tel	
治療院 (オフィス) 住 所 Office Address (2)	治療院 名称 Office Name	
	(フリガナ)	
	〒 -  電話番号 Tel	